



[JDS]
**JOURNAL OF SYIAH KUALA
DENTISTRY SOCIETY**

Journal Homepage : <http://jurnal.unsyiah.ac.id/JDS/>



PERBANDINGAN TINDAKAN MENJAGA KEBERSIHAN RONGGA MULUT DAN STATUS *ORAL HYGIENE* PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI DAERAH PERKOTAAN DAN PEDESAAN

Dewi Saputri¹, Cut Fera Novita¹, Muhammad Zakky²

¹ Staf Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Syiah Kuala

² Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Syiah Kuala

Abstract

Oral hygiene is one of local factor that affects the most and could causes any dental problems. Oral hygiene status of individual or groups, one of them is affected by behaviour. Taking care of oral hygiene is a part of preserving oral health condition behaviour by controlling dental plaque which is aimed to dental plaque removal and prevent the accumulation of the dental plaque, food debris and stain removal, stimulating gingival tissue, and covering teeth surface with fluor that would affect oral hygiene status. The aim of this study is to know the ratio of oral hygiene preservative behaviour and oral hygiene status on children of elementary school age in urban and rural area. This study is a cross-sectional study. Method of sampling is purposive sampling which included 30 subjects from urban area (MIN Mesjid Raya) and 30 subjects from rural area (MIN Durung). This study was done by using questionnaires of oral hygiene practices and oral hygiene status examination using OHI-S. Analysis result using chi-square test revealed significant ratio between oral hygiene practice and oral hygiene status on children of elementary school age in urban and rural area ($p < 0.05$). The conclusion of this study is oral hygiene practices and oral hygiene status at elementary school age children in urban areas are better than elementary school age children in rural areas.

Keywords : Oral hygiene, dental plaque control, OHI-S, urban, rural.

PENDAHULUAN

Kesehatan mulut yang baik mencerminkan status kesehatan keseluruhan individu.¹ Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu upaya meningkatkan kesehatan.² Kebersihan gigi dan mulut merupakan salah satu faktor lokal yang pengaruhnya sangat dominan dan dapat menyebabkan berbagai masalah gigi dan mulut.³ Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi nasional masalah gigi dan mulut mencapai 25,9%, dengan cakupan 16 provinsi diatas prevalensi nasional.

Aceh merupakan salah satu provinsi yang memiliki prevalensi masalah gigi dan mulut diatas prevalensi nasional yaitu dengan prevalensi mencapai 30,5%. Hal ini menjadikan Aceh sebagai provinsi dengan prevalensi masalah gigi dan mulut tertinggi di Pulau Sumatera.⁴

Masalah kesehatan gigi dan mulut dapat dinilai melalui status *oral hygiene*. Status *oral hygiene* dapat ditentukan dengan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S).^{2,5} Status kesehatan gigi dan mulut masyarakat atau perorangan menurut Hendrik L. Blum dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan.⁶ Perilaku memegang peranan yang penting

* Corresponding author

Email address : dewisaputri@unsyiah.ac.id

dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut.⁷ Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan gigi. Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut merupakan bagian dari perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.⁸

Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dapat dilakukan dengan cara kontrol plak. Kontrol plak merupakan upaya pembersihan plak gigi secara teratur serta pencegahan akumulasinya di permukaan gigi dan gingiva. Kontrol plak dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain menggosok gigi dengan sikat gigi, pembersihan interdental gigi, kontrol plak secara kimiawi dengan obat kumur dan kunjungan rutin ke dokter gigi.^{9,10} Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut membutuhkan kemampuan motorik, dimana usia sekolah dasar merupakan usia yang ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak. Periode 6-12 tahun merupakan masa usia sekolah dasar, pada usia 10-12 tahun merupakan periode gigi bercampur sehingga diperlukan tindakan yang baik untuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Sekolah dapat menjadi lingkungan yang ideal dan mendukung untuk mempromosikan kesehatan gigi dan mulut. Sistem sekolah adalah lingkungan yang logis untuk mengajarkan praktik kesehatan gigi dan mulut sebagai upaya untuk preventif.^{2,11} Pada saat memasuki usia kanak-kanak, lingkungan berperan dalam menentukan tindakan anak untuk membersihkan rongga mulut dan nilai kebersihannya.^{6,7}

Penelitian yang dilakukan oleh Varenne dkk. (2006) memaparkan kebiasaan membersihkan gigi lebih sering dilaporkan oleh responden perkotaan daripada responden pedesaan.¹² Chand & Muhammad (2014) dalam penelitiannya menemukan bahwa siswa di daerah perkotaan memiliki nilai sikap dan pengetahuan yang sama tetapi dalam tindakan menjaga kesehatan rongga mulut siswa perkotaan lebih tinggi daripada siswa di pedesaan.¹³ Purba (2009) dalam penelitiannya juga mengungkapkan adanya keterkaitan antara lingkungan dengan rata-rata OHI-S murid kelas V SD, skor OHI-S di daerah rural lebih tinggi dibandingkan di daerah urban.

Purba juga memaparkan adanya perbedaan yang sangat bermakna antara rata-rata kalkulus, debris, dan OHI-S murid kelas V SD di daerah rural dan urban.¹⁴

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang perbandingan tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dan status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan (MIN Mesjid Raya, Kota Banda Aceh) dan pedesaan (MIN Durung Kec. Mesjid Raya, Kab. Aceh Besar). MIN Mesjid Raya terletak 2 km dari pusat Kota Banda Aceh, sedangkan MIN Durung terletak sekitar 70 km dari pusat pemerintahan Kota Jantho, yang merupakan ibukota Kab. Aceh Besar.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross-sectional* yaitu penelitian non-eksperimental yang mempelajari hubungan antara variabel faktor resiko dan variabel efek atau dampak yang diobservasi sekaligus pada saat yang sama, artinya setiap subjek penelitian diobservasi hanya satu kali saja dan faktor resiko serta dampak diukur menurut status pada saat di observasi.¹⁵ Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbandingan tindakan menjaga kebersihan gigi dan mulut dan status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan dan pedesaan.

Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dinilai dengan melakukan penilaian/skor terhadap kuisisioner yang dibagikan kepada para partisipan, dengan skor penilaian baik = 47 – 60, Sedang = 34 – 46 dan Buruk = 20 – 33. Penilaian terhadap kebersihan gigi dan mulut dilakukan dengan menjumlahkan *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI) berdasarkan kriteria : baik (0,0 - 1,2), sedang (1,3 - 3,0) dan buruk (3,1 - 6,0).^{16,17}

Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2016 di MIN Mesjid Raya, Kota Banda Aceh (perkotaan) dan MIN Durung Kec. Mesjid Raya, Kab. Aceh Besar (pedesaan). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa-siswi MIN Mesjid Raya,

Kota Banda Aceh dan MIN Durung Kec. Masjid Raya, Kab. Aceh Besar. Penentuan jumlah subjek penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* secara *purposive sampling* yaitu mengadakan studi pendahuluan untuk mengidentifikasi karakteristik populasi.^{18,19} *Purposive sampling* merupakan metode pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan peneliti dan ciri-ciri tertentu yang diperkirakan mempunyai sangkut paut erat dengan sifat-sifat yang ada dalam populasi.^{19,20} Kriteria Inklusi dalam penelitian ini : bersedia menjadi subjek penelitian, siswa-siswi berusia 10 -12 tahun, bersifat kooperatif selama pemeriksaan, subjek penelitian memiliki gigi 11, 16, 26, 31, 36 dan 46 (jika gigi tersebut tidak ada bisa diganti dengan gigi tetangganya), pasien tidak memiliki riwayat keterbelakangan mental.

Subjek dalam penelitian ini adalah siswa-siswi berusia 10-12 tahun (kelas V dan VI) di MIN Masjid Raya dan MIN Durung yang memenuhi kriteria inklusi. Pada usia 10-12 tahun merupakan periode gigi bercampur sehingga diperlukan tindakan yang tepat dalam upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.¹¹ Jumlah sampel yang di pilih setiap kategori (daerah perkotaan dan daerah pedesaan) masing-masing sebanyak 30 orang, sesuai dengan batas minimal setiap kategori yang disarankan Roescoe dalam panduan penentuan ukuran sampel.^{21,22}

HASIL PENELITIAN

Analisis Deskriptif

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Jumlah Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin pada Daerah Perkotaan (MIN Masjid Raya) dan Pedesaan (MIN Durung)

Jenis Kelamin	Asal Daerah		Total (%)
	Perkotaan (%)	Pedesaan (%)	
Laki-laki	13 (43,3%)	13 (43,3%)	26 (100%)
Perempuan	17 (56,7%)	17 (56,7%)	34 (100%)
Total	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Jumlah Subjek Penelitian Berdasarkan Usia pada Daerah Perkotaan (MIN Masjid Raya) dan Pedesaan (MIN Durung)

Usia	Asal Daerah		Total (%)
	Perkotaan (%)	Pedesaan (%)	
10 tahun	9 (30,0%)	4 (13,3%)	13 (21,7%)
11 tahun	19 (63,3%)	18 (60,0%)	37 (61,7%)
12 tahun	2 (6,7%)	8 (26,7%)	10 (16,6%)
Total	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Tabulasi Silang

Tabel 3. Perbandingan Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut pada Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut	Asal Daerah		Total (%)
	Perkotaan (%)	Pedesaan (%)	
Baik	9 (30,0%)	3 (10,0%)	12 (20,0%)
Sedang	18 (60,0%)	16 (53,3%)	34 (56,7%)
Buruk	3 (10,0%)	11 (36,7%)	14 (23,3%)
Total	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Tabel 4. Perbandingan Status *Oral Hygiene* Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

Status <i>Oral Hygiene</i>	Asal Daerah		Total (%)
	Perkotaan (%)	Pedesaan (%)	
Baik	6 (20,0%)	4 (13,3%)	22 (36,7%)
Sedang	18 (60,0%)	10 (33,4%)	28 (46,6%)
Buruk	6 (20,0%)	16 (53,3%)	10 (16,7%)
Total	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Analisis Chi-Square

Tabel 5. Analisis *Chi-Square* antara Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut pada Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

<i>Chi-Square</i>	Nilai <i>p</i>
Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut	0,021
Asal Daerah (Perkotaan dan Pedesaan)	

Tabel 4. Perbandingan Status *Oral Hygiene* Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

Status <i>Oral Hygiene</i>	Asal Daerah		Total (%)
	Perkotaan (%)	Pedesaan (%)	
Baik	6 (20,0%)	4 (13,3%)	22 (36,7%)
Sedang	18 (60,0%)	10 (33,4%)	28 (46,6%)
Buruk	6 (20,0%)	16 (53,3%)	10 (16,7%)
Total	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Analisis Chi-Square

Tabel 5. Analisis *Chi-Square* antara Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut pada Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

<i>Chi-Square</i>	Nilai <i>p</i>
Tindakan Menjaga Kebersihan Rongga Mulut	0,021
Asal Daerah (Perkotaan dan Pedesaan)	

Tabel 6. Analisis *Chi-Square* antara Status *Oral Hygiene* pada Anak Usia Sekolah Dasar di Daerah Perkotaan dan Pedesaan

<i>Chi-Square</i>	nilai <i>p</i>
Status OHI-S	0,027
Asal Daerah (Perkotaan dan Pedesaan)	

PEMBAHASAN

Kebersihan gigi dan mulut merupakan salah satu faktor lokal yang pengaruhnya sangat dominan dan dapat menyebabkan berbagai masalah gigi dan mulut.³ Masalah kesehatan gigi dan mulut dapat dinilai melalui status *oral hygiene* yang dapat ditentukan salah satunya dengan *Oral Hygiene Index Symplified* (OHI-S).^{2,5} Rongga mulut manusia tidak pernah bebas dari plak. Plak memegang peranan penting dalam pembentukan debris dan kalkulus. Perlekatan kalkulus dimulai dengan pembentukan plak gigi dan permukaan kalkulus sendiri selalu diliputi oleh plak gigi.^{1,5,23}

Status kesehatan gigi dan mulut masyarakat atau perorangan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan.⁶ Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut merupakan bagian dari perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.⁸ Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut penting dilakukan dengan menyikat gigi, karena tujuan dari menyikat gigi itu sendiri adalah menyingkirkan plak gigi dan mencegah terjadinya penumpukan plak, membersihkan sisa-sisa makanan, debris atau stein, merangsang jaringan gingiva, dan melapisi permukaan gigi dengan fluor.^{5,23,24} Pada saat memasuki usia kanak-kanak, lingkungan berperan dalam menentukan tindakan anak untuk membersihkan rongga mulut dan nilai kebersihannya.^{6,7}

Penelitian ini mengenai perbandingan tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dan status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan dan pedesaan. Subjek pada penelitian ini adalah anak usia sekolah dasar yang berusia 10 -12 tahun (Kelas V dan VI) yang memenuhi kriteria. Cara pengambilan subjek penelitian dilakukan dengan teknik *non probability sampling* secara *purposive*. Subjek yang diperoleh secara keseluruhan adalah 60 orang yang terbagi menjadi 30 orang anak yang bersekolah di daerah perkotaan dan 30 orang anak yang bersekolah di daerah pedesaan.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh karakteristik subjek penelitian

berdasarkan jenis kelamin pada tabel 1. pada daerah perkotaan (MIN Mesjid Raya) dan pedesaan (MIN Durung) adalah sama yaitu laki-laki 13 orang (43,3%) dan perempuan 17 orang (56,7%). Hal ini dikarenakan jumlah persentase siswa laki-laki dan perempuan kelas V dan VI di kedua daerah hampir memiliki nilai persentase yang sama.

Karakteristik subjek penelitian berdasarkan usia pada tabel 2. menunjukkan pada daerah perkotaan (MIN Mesjid Raya) dan pedesaan sama-sama didominasi oleh anak yang berusia 11 tahun sebanyak 63,3% dan 60%. Hal ini bisa saja dikarenakan persyaratan batas minimum penerimaan siswa baru SD/MIN adalah 6 tahun,²⁵ idealnya anak masuk sekolah dasar disarankan minimal berusia 7 tahun. Namun tak sedikit orang tua yang memaksa anaknya bersekolah sebelum usia tersebut.²⁶ Dengan perhitungan batas minimum dan usia ideal tersebut saat murid menduduki kelas V dan VI, mayoritas siswa berumur 11 tahun.

Tabel 3. menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dan asal daerah, pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan mayoritasnya sama-sama memiliki tindakan sedang yaitu sebanyak 60,0% dan 53,3%. Hal tersebut salah satunya dipengaruhi oleh frekuensi menyikat gigi yang sama pada anak yang berasal dari perkotaan dan pedesaan, yaitu 2x sehari atau lebih. Akan tetapi pada anak usia sekolah dasar di pedesaan tindakan buruknya mencapai 36,7% dibandingkan perkotaan hanya mencapai 10,0%. Hasil analisis *chi-square* pada tabel 5. menunjukkan perbandingan tindakan menjaga kebersihan rongga mulut pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan dan pedesaan adalah signifikan ($p < 0,05$). Hasil tersebut menggambarkan anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan memiliki tindakan menjaga kebersihan rongga mulut lebih baik daripada di daerah pedesaan.

Tindakan buruk pada anak di pedesaan salah satunya dipengaruhi oleh seluruh subjek yang diteliti sebelumnya tidak pernah diberikan penyuluhan mengenai cara menjaga kebersihan rongga mulut oleh dokter gigi atau

perawat gigi. Selain itu, fasilitas UKS yang ada di pedesaan belum mempunyai program kesehatan gigi dan mulut, sedangkan di perkotaan sudah mempunyai program kesehatan gigi dan mulut serta sudah pernah diadakan pemeriksaan gigi di sekolah. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Varenne dkk. (2006) yang memaparkan kebiasaan membersihkan gigi lebih sering dilaporkan oleh responden perkotaan daripada responden pedesaan.¹² Zhu dkk. (2003) mengungkapkan anak yang tinggal di daerah urban ternyata memiliki perilaku membersihkan rongga mulut yang lebih teratur dibandingkan anak yang tinggal di daerah rural.²⁷

Distribusi Frekuensi subjek berdasarkan status *oral hygiene* dan asal daerah disajikan pada tabel 4. menunjukkan pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan mayoritas memiliki status *oral hygiene* sedang yaitu sebesar 60,0%, sedangkan pada anak usia sekolah dasar di daerah pedesaan mayoritasnya memiliki status *oral hygiene* buruk sebanyak 53,3%. Hasil analisis pada tabel 6. menunjukkan perbandingan status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan dan pedesaan adalah signifikan ($p < 0,05$). Status *oral hygiene* yang buruk pada anak pedesaan dipengaruhi oleh tindakan menyikat gigi di pagi hari pada saat pemeriksaan pada anak usia sekolah dasar di pedesaan mayoritas menyikat gigi sebelum sarapan 53,3% dan tidak menyikat gigi 16,7%. Selain itu, status *oral hygiene* yang buruk pada anak usia sekolah dasar di pedesaan pada penelitian ini mungkin disebabkan oleh sebanyak 56,7% anak di daerah pedesaan tidak pernah berkunjung ke dokter gigi.

Hasil ini berkaitan dengan penelitian Purba (2009) yang mengungkapkan responden di daerah rural terbanyak memiliki skor OHI-S yang termasuk dalam kategori buruk yaitu sebesar 77%, sedangkan di daerah urban terbanyak memiliki skor OHI-S yang termasuk kategori sedang yaitu sebanyak 55%.¹⁴ Penelitian yang dilakukan oleh Yuyus dkk. (2001) mengungkapkan adanya perbedaan bermakna status *oral hygiene* antara murid sekolah dasar di wilayah urban

dan rural, murid di wilayah urban memiliki status yang lebih baik daripada murid di wilayah rural.²⁸

KESIMPULAN

Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan lebih baik daripada anak usia sekolah dasar di pedesaan. Status *oral hygiene* pada anak usia sekolah dasar di daerah perkotaan lebih baik daripada anak usia sekolah dasar di pedesaan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ghosh N, Kasif S, Soumya KB, Indranil C, Rama R. A study on prevalence of oral morbidities in an urban slum of Kishanganj district, Bihar, India. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2014;13(4):49-52.
2. Gede K.K, Karel P, Ni Wayan M. Hubungan pengetahuan kebersihan gigi dan mulut dengan status kebersihan gigi dan mulut pada siswa SMA Negeri 9 Manado. *Jurnal e-GiGi*. 2013;1(2):84-8.
3. Newman MG, Henry HT, Perry RK. *Carranza's Clinical Periodontology*. 10th ed. St. Louis : Saunders. 2006; 134-74, 543,1041.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. 2013;110-117. Available from : www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksdas%202013.pdf [dikutip 20 Juli 2015]
5. Daliemunthe SH. *Periodonsia*. Medan : Departemen Periodontal FKG USU. 2008;55-7,105-27.
6. Notoadmodjo S. *Kesehatan Masyarakat : Ilmu & Seni*. Jakarta : Rineka Cipta. 2007;165.
7. Anitasari S, Nina ER. Hubungan frekuensi menyikat gigi dengan tingkat kebersihan gigitan mulut siswa sekolah dasar negeri di kecamatan Palarankotamadya Samarinda provinsi Kalimantan Timur. *Maj. Ked. Gigi. (Dent. J.)*. 2005;38(2):88-90.
8. Budiharto. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC. 2009;17-24.
9. Daliemunthe SH. *Terapi Periodontal*. Medan : Departemen Periodontal FKG USU. 2006;127-79.
10. Fedi PF, Arthur R, John L. *Silabus Periodonti*. Edisi 4. Jakarta: EGC. 2012;13-19, 73-82.
11. Sutjipto C, Vonny NS, Wulan PJ. Gambaran tindakan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak usia 10-12 tahun di SD Kristen Eben Haezar 02 Manado. *Jurnal e-Biomedik*. 2013;1(1): 697-706.
12. Varenne B, Poul EP, Seydou O. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *International Dental Journal*. 2006;56:61-70.
13. Chand S, Muhammad AH. Oral health-related knowledge, attitude, and practice among school children from rural and urban areas of district Sheikhpura, Pakistan. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2014;34(1):109-12.
14. Purba TR. Perilaku Kebersihan Gigi dan Perbedaan Status Oral Higiene Murid Kelas V SD di Daerah Rural Kecamatan Pantai Cermin dan Daerah Urban Kecamatan Medan Barat. Departemen Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan/Kesehatan Gigi Masyarakat : Fakultas Kedokteran Gigi USU. Medan. *Skripsi*. 2009;37-41.
15. Budiarto. *Metodologi Penelitian Kesehatan dengan Contoh Bidang Ilmu Kedokteran Gigi*. Jakarta: EGC; 2008;30-1.
16. Basuni, Cholil dan Debby KT. Gambaran indeks kebersihan mulut berdasarkan tingkat pendidikan masyarakat desa Guntung Ujung kabupaten Banjar. *Dentino Jurnal Kedokteran Gigi*. 2014;II(2):18-23.
17. Manson JD, B.M. Eley. *Buku Ajar Periodonti*. Edisi 2. Jakarta: Hipokrates. 1993;22-31, 105-15; 148-52.

18. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta;2005;91-2.
19. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2008;94
20. Susilo HW. *Statistika & Aplikasi Untuk Penelitian Ilmu Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media; 2012; 50-1
21. Taniredja T. *Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta; 2012; 38
22. Wibisono D. *Panduan Menyusun Skripsi, Tesis dan Desertasi*. Yogyakarta: CV Andi Offset; 2013; 109-10
23. Perry DA, Beemsterboer PC. 3rd Ed. *Periodontology Dental Hygienist*. Saunders Elsevier, 2007;81-255
24. Lang NP & Jan Lindhe. *Clinical Periodontologi and Implant Dentistry*. 4th ed. British : Blackwell Munksgaard. 2008;705-50.
25. Anonymous. <http://health.detik.com/read/2014/02/12/140125/2494593/775/ini-usia-ideal-anak-duduk-di-bangku-sd> [diakses tanggal 04 Februari 2016]
26. Anonymous. <http://www.salamedukasi.com/2014/09/persyaratan-batas-usia-umur-minim-al-dan.html> [diakses tanggal 04 Februari 2016]
27. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behavior of children and adolescents in China. *International Dent J*. 2003;53(5);289-98.
28. Yuyus R, Magdarina DA, F Sintawati, Tonny M. Derajat kesehatan gigi dan mulut murid sekolah dasar di Kabupaten Bekasi. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*. 2001;8(3):1-5.